

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1911

THÈSE

N°

384

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Joseph ALBERT

Né à Montrelais (Loire-Inférieure), le 1<sup>er</sup> Mars 1879

DU TRAITEMENT CHIRURGICAL

DES

ULCÈRES VARIQUEUX REBELLES

DES MEMBRES INFÉRIEURS

~~~~~  
*Président : M. Paul SEGOND*

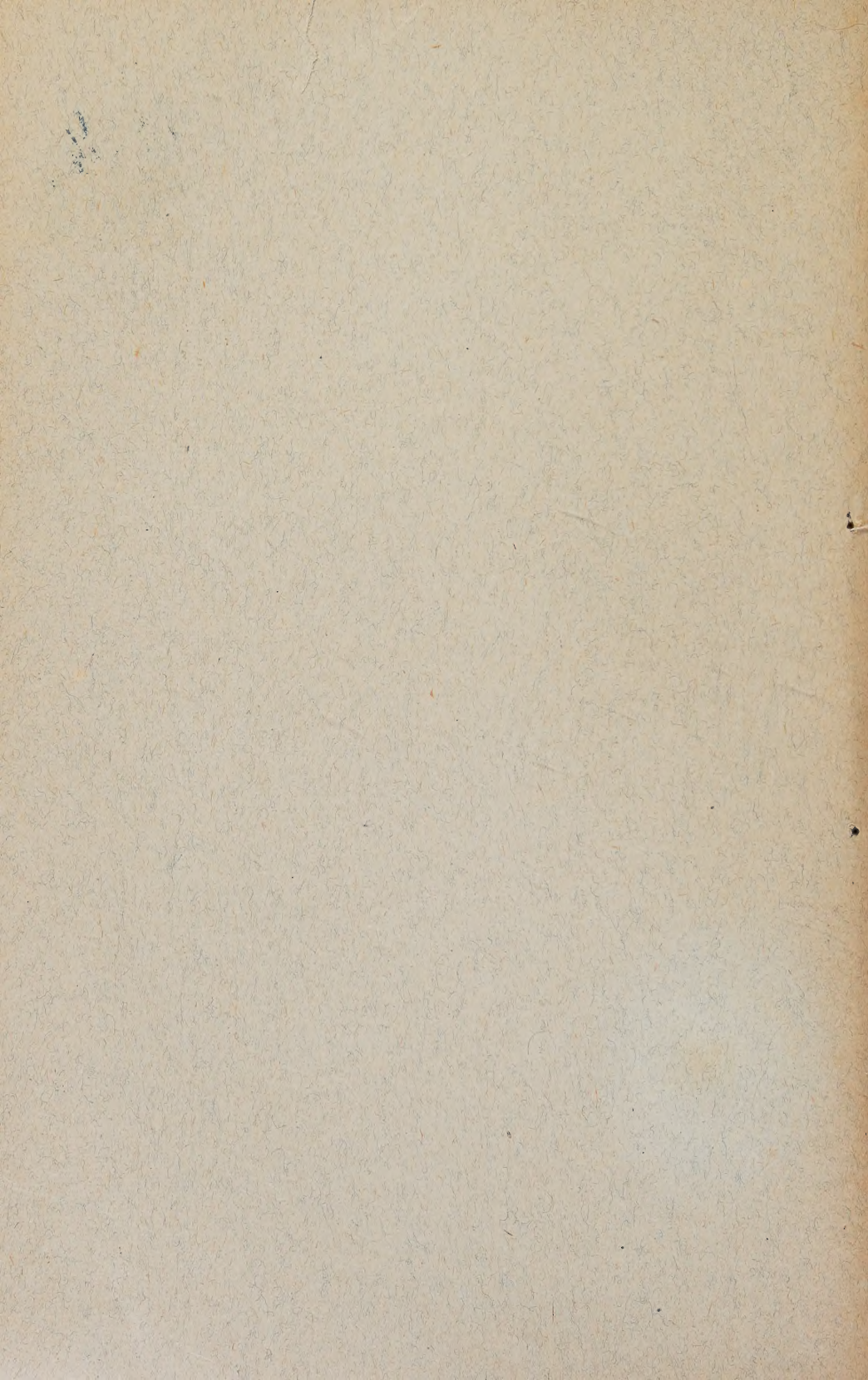
PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

JULES ROUSSET

1, rue Casimir-Delavigne

—  
1911



384

THÈSE

POUR

**LE DOCTORAT EN MÉDECINE**



Digitized by the Internet Archive  
in 2026

[https://archive.org/details/IA41549925\\_0049](https://archive.org/details/IA41549925_0049)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

---

Année 1911

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

**Joseph ALBERT**

Né à Montrelais (Loire-Inférieure), le 1<sup>er</sup> Mars 1879

---

DU TRAITEMENT CHIRURGICAL

DES

ULCÈRES VARIQUEUX REBELLES

DES MEMBRES INFÉRIEURS



~~~~~  
*Président : M. Paul SEGOND.*

---

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

JULES ROUSSET

1, rue Casimir-Delavigne

---

1911

# Faculté de Médecine de Paris

## LE DOYEN PROFESSEURS

|                                                                         |                       |
|-------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
| Anatomie . . . . .                                                      | M. LANDOUZY           |
| Physiologie . . . . .                                                   | MM.                   |
| Physique médicale . . . . .                                             | NICOLAS               |
| Chimie organique et Chimie générale . . . . .                           | CH. RICHET            |
| Parasitologie et Histoire naturelle médicale . . . . .                  | GARIEL                |
| Pathologie et Thérapeutique générales . . . . .                         | GAUTIER               |
| Pathologie médicale . . . . .                                           | BLANCHARD             |
| Pathologie chirurgicale . . . . .                                       | ACHARD                |
| Anatomie pathologique . . . . .                                         | { WIDAL               |
| Histologie . . . . .                                                    | { DEJERINE            |
| Opérations et appareils . . . . .                                       | LANNELONGUE           |
| Pharmacologie et matière médicale . . . . .                             | PIERRE MARIE          |
| Thérapeutique . . . . .                                                 | PRENANT               |
| Hygiène . . . . .                                                       | HARTMANN              |
| Médecine légale . . . . .                                               | POUCHET               |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie . . . . .                    | MARFAN                |
| Pathologie expérimentale et comparée . . . . .                          | CHANTEMESSE           |
|                                                                         | THOINOT               |
|                                                                         | CHAUFFARD             |
|                                                                         | ROGER                 |
|                                                                         | HAYEM                 |
| Clinique médicale . . . . .                                             | GILBERT               |
|                                                                         | DEBOVE                |
|                                                                         | LANDOUZY              |
|                                                                         | HUTINEL               |
| Maladies des enfants . . . . .                                          |                       |
| Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale . . . . . | GILBERT BALLEST       |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques . . . . .               | GAUCHER               |
| Clinique des maladies du système nerveux . . . . .                      |                       |
|                                                                         | DELBET                |
| Clinique chirurgicale . . . . .                                         | { QUENU               |
|                                                                         | { RECLUS              |
|                                                                         | { ONDSEG              |
| Clinique ophtalmologique . . . . .                                      | { DE LAPERSONNE       |
| Clinique des maladies des voies urinaires . . . . .                     | ALBARRAN              |
|                                                                         | BAR                   |
| Clinique d'accouchements . . . . .                                      | { PINARD              |
|                                                                         | { RIBEMONT-DESSAIGNES |
| Clinique gynécologique . . . . .                                        | POZZI                 |
| Clinique chirurgicale infantile . . . . .                               | KIRMISSON             |
| Clinique thérapeutique . . . . .                                        | ALBERT ROBIN          |

## Agrégés en exercice

| MM.        |                   |            |           |
|------------|-------------------|------------|-----------|
| BALTHAZARD | DESGREZ           | LENORMANT  | PROUST    |
| BERNARD    | DUVAL (P.)        | LEQUEUX    | RATHERY   |
| BRANCA     | GOUGEROT          | LERI       | REITERER  |
| BRINDEAU   | GREGOIRE          | LOEPER     | RICHAUD   |
| BROCA (A.) | GUENIOT           | MACAIGNE   | ROUSSY    |
| BRUMPT     | GUILLAIN          | MAILLARD   | ROUVIERRE |
| CAMUS      | JEANNIN           | MORESTIN   | SCHWARTZ  |
| CARNOT     | JOUSSET (A.)      | MULON      | SICARD    |
| CASTAIGNE  | LABBE (M.)        | NICLOUX    | TERRIEN   |
| CHEVASSU   | LANGLOIS          | NOBECOURT  | TIFFENEAU |
| CLAUDE     | LAIGNEL-LAVASTINE | OKINCZYC   | ZIMMERN   |
| COUVELAIRE | LECENE            | OMBREDANNE |           |

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.*

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON ÉPOUSE

*Meis et Amicis*



A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR SECOND

Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris

Membre de l'Académie de Médecine

Officier de la Légion d'Honneur et de l'Instruction publique



## INTRODUCTION

---

Le sujet de notre thèse nous a été inspiré par Monsieur le Docteur DELAGÉNIÈRE chirurgien des hôpitaux du Mans qui, après avoir daigné nous agréer et nous conserver comme Interne pendant trois années consécutives à sa clinique particulière, voulut bien nous continuer les preuves de sa haute estime — nous lui en exprimons notre profonde reconnaissance.

Nous tenons également à remercier dès maintenant Monsieur le Professeur SEGOND d'avoir daigné accepter la présidence de notre thèse et à lui manifester ici tout notre respect.

La question que nous nous proposons de traiter dans ce travail a été maintes fois abordée dans les thèses de nos devanciers, mais le premier travail d'ensemble paru sur le sujet nous paraît être le rapport présenté par Monsieur Docteur MAUCLAIRE agrégé de la Faculté de Paris au *Congrès français de chirurgie de octobre 1910* sur les « *Résultats*

*immédiats et éloignés du traitement chirurgical des complications des varices* » ; nous emprunterons beaucoup à ce travail, auquel nous n'aurions rien voulu ajouter si notre attention n'avait été attirée sur un nouveau mode de traitement récemment utilisé par Monsieur le Docteur DELAGÉNIÈRE pour un ulcère variqueux rebelle à plusieurs traitements chirurgicaux antérieurs.

Le développement des idées qui ont inspiré ce nouveau traitement, l'exposé de sa technique, l'observation qui s'y rapporte, les conclusions auxquelles nous aura conduit le raisonnement poursuivi au cours de cette étude... constitueront la seule partie originale de notre thèse, que nous développerons de la façon suivante :

1<sup>o</sup> Aperçu anatomique sur les veines des membres inférieurs; réflexions qui en découlent.

2<sup>o</sup> Considérations pathogéniques sur les ulcères variqueux des membres inférieurs.

3<sup>o</sup> Revue des traitements chirurgicaux dirigés contre cette affection. Aperçu des résultats obtenus.

4<sup>o</sup> Définition des *ulcères variqueux rebelles des membres inférieurs*. — Exposé du nouveau traitement chirurgical proposé contre eux : Observations.

Conclusions.

## CHAPITRE I

---

### **Aperçu anatomique sur les veines des membres inférieurs. Réflexions qui en découlent**

En raison de l'importance accordée aux varices dans la pathogénie des ulcères des membres variqueux ; en raison de la diversité des traitements découlant uniquement de cette conception pathogénique, nous avons cru utile de présenter ici une revue rapide de l'anatomie du système veineux des membres inférieurs.

Le système veineux des membres inférieurs comprend un territoire veineux superficiel et un territoire veineux profond.

Le système veineux superficiel se compose essentiellement de deux troncs nés des arcades veineuses

superficielles et des veines profondes dorsales et plantaires du pied. L'un de ces troncs est constitué par la *veine saphène interne* qui, à 4 centimètres au-dessous de l'arcade de Fallope, perfore le fascia crebiformis pour se jeter dans la veine crurale ; au niveau de la crosse qu'elle dessine ainsi, elle reçoit quelques troncles nés de la réunion des veines honteuses externes, dorsale, superficielle de la verge ou du clitoris et tégumentieuses abdominales. — Le deuxième tronc veineux superficiel est représenté par la *veine saphène externe*, de même origine que la précédente et qui monte d'abord sous-cutanée, puis sous-aponévrotique, jusqu'au creux poplité où elle se jette dans la veine poplitée. Veines saphène interne et saphène externe sont entourées d'un réseau à larges mailles verticales formées par les rameaux veineux sous-cutanés ; elles sont souvent *doublées de canaux collatéraux* ; de nombreuses anastomoses les unissent entre elles et aux veines profondes rameaux inter et intra-musculaires ou *veines perforantes*.

Le territoire veineux profond se compose : au pied, des veines pédieuses, plantaires internes et plantaires externes ; à la jambe, des *veines tibiales antérieures*, *tibiales postérieures* et des *veines péronières* qui, par leur réunion successive, constituent la *veine poplitée* que continue la *veine crurale*. Cette veine reçoit à 4 centimètres au-dessous de l'arcade de Fallope, la *veine fémorale profonde*.

Au-dessous du carrefour veineux constitué par la confluence des veines saphène interne et fémorale,

profonde dans la veine crurale, celle-ci possède généralement une valvule paire et suffisante dans les 8/10<sup>e</sup> des cas. — Des valvules existent également à l'embouchure des troncs veineux et de leurs collatérales, s'étagent le long de la lumière de ces vaisseaux et de leurs anastomoses. — Dans les veines perforantes de la jambe, ces valvules dirigent généralement le sang de la surface vers la profondeur, mais aussi en sens inverse et même parfois les unes dans un sens, les autres en sens inverse (1). Houzé note une distance intervalvulaire de 22 millimètres dans les veines profondes et les perforantes, de 40 millimètres dans les veines superficielles.

De ces données anatomiques, on peut conclure que *la valvule supérieure de la veine crurale commande toute la circulation veineuse du membre inférieur* et que son insuffisance entraîne la pression de toute la colonne sanguine située entre elle et le cœur droit sur les valvules immédiatement sous-jacentes de la veine crurale et de la veine saphène interne qui peuvent céder ensemble ou séparément. Là, est le point de départ de l'ectasie veineuse du membre inférieur, généralisée ou partielle, soit profonde, soit superficielle, sans qu'il soit facile de déterminer la prédominance de l'une ou l'autre sorte et les facteurs qui pourraient l'expliquer.

---

(1) *In Trailé Anat.* Poirier.

La disposition des *veines afférentes à la crosse de la saphène interne* peut expliquer la dilatation que cette veine présente fréquemment à ce niveau et peut faire redouter que leur apport neutralise la « vis a tergo » dans ce segment veineux.

La disposition générale des troncs veineux superficiels et profonds du membre inférieur, est, comme le fait judicieusement remarquer M. Mauclore, comparable à un U dont la boucle constitue, au pied et à la partie inférieure de la jambe, une sorte de confluent veineux qui subit à la fois la pression de la « vis a tergo » et la pression rétrograde la plus considérable quand les valvules des veines du membre sont devenues insuffisantes. Cette considération explique suffisamment la présence habituelle des ulcères variqueux sur le segment inférieur de la jambe. — Leur prédominance sur le membre inférieur gauche a été attribuée tantôt à la compression de la veine iliaque primitive gauche par l'artère iliaque primitive droite qui la croise en avant et perpendiculairement, près de sa terminaison, tantôt à la compression de la veine iliaque primitive gauche par l'ampoule rectale souvent remplie de matières fécales qui y stagnent.

Si l'on considère la disposition des *veines perforantes* de la jambe au sein des masses musculaires ou dans l'intervalle des muscles et si l'on retient la direction habituelle de leurs valvules, on concevra que *les contractions musculaires compriment ces veines* et déterminent physiologiquement le déversement plus ou moins rapide du sang qu'elles renferment

dans les veines profondes et l'hypérémie par stase dans les veines superficielles auxquelles ces canaux de déversement sont momentanément fermés.

Ces données vont nous faciliter la compréhension des théories pathogéniques et des traitements proposés pour les ulcères variqueux et dont nous allons nous occuper dans les chapitres suivants.

## CHAPITRE II

---

### **Considérations pathogéniques sur les ulcères variqueux des membres inférieurs.**

Avec M. le Docteur MAUGLAIRE, de qui nous serons souvent l'écho au cours de ce chapitre et du suivant, nous définirons et résumerons les diverses théories édifiées sur la question de la façon suivante.

**Théorie humorale**, d'après laquelle l'arthritisme, l'herpétisme, les diverses diathèses jouent dans la production des ulcères variqueux un rôle que l'on pourrait s'expliquer par les modifications imprimées à la nutrition des tissus et en particulier des parois veineuses sous l'influence, par exemple, d'une altération spéciale du sang.

**Théorie lymphatique**, qui incrimine la compression due à l'infiltration des tissus.

**Théorie artérielle**, qui renforce en quelque sorte

la théorie humorale et qui fait intervenir la dégénérescence athéromateuse des artères, dont on a noté la fréquence chez les variqueux (PICARD, QUENU, JEANSELME, RIENZI, GILSON, SCHREIDER), mais cette dégénérescence n'est sans doute elle-même que l'un des effets de la dyscrasie dont souffrent tous les tissus.

**Théorie neurotrophique**, préconisée par LANCE-RAUX, pour qui l'altération primitive du système nerveux joue un rôle prépondérant dans la genèse des ulcères variqueux. Cette théorie s'appuie sur l'observation anatomopathologique et clinique de troubles nerveux divers : lésions de névrite interstitielle chronique (GOMBAULT, QUÉNU, CORNIL et RANVIER); troubles des divers modes de sensibilité (contact, température, douleur), dont TERRIER et SÉJOURNET notent l'apparition avant la formation de l'ulcère ; troubles de la sensibilité électrique du nerf (RICHEL); coexistence de troubles trophiques (mal perforant plantaire, altérations des poils, des ongles) coexistence de troubles nerveux généraux (hystérie) ou locaux disparition de l'excrétion sudorale après injection de philocarpine, comme dans les cas de section du sciatique (CLADO et GILSON); traumatisme des nerfs — névralgie sciatique (BROCA).

L'inconstance de ces manifestation nerveuses, leur peu de netteté habituelle, leur résistance à des traitements qui améliorent et guérissent l'ulcère, l'absence des lésions anatomo-pathologiques correspondantes dans les cas d'ulcère débutant... font supposer qu'il

s'agit là de causes prédisposantes au même titre que les autres troubles trophiques.

**Théorie mécanique et veineuse.** — Elle rallie à l'heure actuelle le plus d'adhérents et on peut la développer de la façon suivante : L'ectasie des veines des membres inférieurs, leur insuffisance valvulaire qui est la conséquence de cette dilatation sont dues au défaut de résistance des parois veineuses qui se laissent distendre sous la pression de la colonne sanguine; sans doute doit-on aussi incriminer les irrégularités et les augments de cette pression. Sous l'influence du jeu de la cage thoracique et de la paroi abdominale dans les phénomènes de la respiration et principalement de l'effort, et l'on a pu comparer ces coups de pression à de véritables coups de bélier (*coup de bélier abdominal*). Dès que la valvule tête de ligne a cédé à ces coups de bélier, les valvules et les segments veineux sous-jacents en subissent à leur tour les effets et, de proche en proche, cèdent et se dilatent. Il est évident que la pression croît avec la hauteur de la colonne sanguine, et les effets de cette pression croissante deviennent nécessairement de plus en plus manifestes : la veine adhère à la peau qui se laisse elle-même distendre par l'ampoule veineuse et cède au moindre trauma, et l'ulcère est ainsi créé « mécaniquement ».

Mais le reflux veineux finit par se propager jusqu'aux capillaires où le sang stagne alors constamment, si bien que les tissus n'y trouvent plus les éléments nécessaires à leur nutrition; dès lors, ils dégé-

nèrent, ils manquent de résistance ; la peau, irriguée par du sang veineux, n'a plus une vitalité suffisante pour résister aux causes susceptibles de l'amoindrir encore et s'ulcère avec la plus grande facilité.

On peut concevoir enfin que les valvules des veines perforantes soumises soit à un excès de pression venu de la veine saphène interne ; soit à un excès de pression subi par les veines profondes et transmis par elles ; soit aux effets contraires, dont les résultats s'additionnent, de l'une et l'autre de ces pressions anormales, on peut concevoir, dis-je, que les valvules des veines perforantes deviennent facilement insuffisantes. Cette insuffisance devra être d'autant plus précoce que les contractions des muscles du membre et en particulier des muscles de la jambe, seront moins fréquentes et moins régulières, ainsi qu'il arrive dans les professions nécessitant la station debout, immobile et prolongée (repasseuses, blanchisseuses, cuisinières etc...). Cette insuffisance valvulaire se manifestera au contraire rarement ou tardivement chez les facteurs ruraux dont les contractions incessantes, régulières, des muscles du membre inférieur vident régulièrement les veines communicantes du sang qu'elles contiennent, et luttent mécaniquement contre les effets du reflux veineux superficiel ou profond. Notre remarque trouve encore sa justification dans ce fait qu'on a pu imaginer un traitement ambulatoire des ulcères variqueux qui amène des résultats satisfaisants dans les cas d'ulcères peu étendus siégeant sur des membres où les autres trou-

bles trophiques sont absents ou encore peu accentués.

Dès lors que les valvules des communicantes sont devenues insuffisantes, le sang qui y circule sera lancé avec plus ou moins de force, suivant l'intensité et l'instantanéité des contractions musculaires, tant dans les veines superficielles que dans les veines profondes, réalisant le *coup de béliet musculaire* de DELORE, dont les effets sur les tuniques de ces veines se joindront à ceux du coup de béliet abdominal et aboutiront à la rupture ou à l'ulcère suivant que les tuniques de ces veines seront moins ou plus résistantes.

On a objecté à la théorie mécanique et veineuse de l'ulcère variqueux que cette affection survient rarement chez les porteurs de varices volumineuses. M. le Professeur PIERRE DELBET a répondu à cette objection que la dilatation n'était pas fonction directe de la pression, mais de la résistance des parois veineuses, et il l'a prouvé par l'exploration clinique consistant à introduire la branche d'un manomètre dans les deux extrémités d'une veine saphène interne apparemment et cliniquement saine, et il a trouvé les pressions mercurielles suivantes :

Bout central, où la pression devrait être nulle :

|                            |                     |
|----------------------------|---------------------|
| malade couché              | 1 centimètre 4      |
| — assis                    | 2 centimètres       |
| debout                     | 4 centimètres       |
| debout plus effort violent | 13 à 26 centimètres |

Bout périphérique :

|               |               |
|---------------|---------------|
| malade couché | 3 centimètres |
|---------------|---------------|

|                |                |
|----------------|----------------|
| debout         | 6 centimètres  |
| effort violent | 10 centimètres |

Peut-être est-il logique de supposer que la pression de la colonne sanguine dans les veines des membres qui subissent la stase veineuse est en raison inverse de la dilatation et que, par contre, l'ulcère variqueux survient plus facilement sur les membres où cette pression est plus élevée : ainsi s'expliquerait facilement la rareté des ulcères chez les grands variqueux.

D'autre part, il semble bien que l'insuffisance valvulaire des veines puisse être un phénomène primitif, indépendant de l'ectasie du vaisseau : c'est du moins ce qui paraît ressortir des observations qui précèdent et cette idée a du reste déjà été exprimée par KLOTZ.

Le développement et les digressions auxquels nous nous sommes laissé entraîner, à propos de cette théorie mécanique et veineuse par laquelle le plus grand nombre pensent résoudre le problème de la genèse des ulcères variqueux, trouveront leur explication et, nous l'espérons, leur excuse dans l'importance indéniable des rapports existant entre les ulcères et les varices, importance que souligne M. le Professeur Jeannel, de Toulouse : « *L'ulcère, dit-il, est si fréquent chez les variqueux que les observations de varices pures et simples sont en vérité rares* », et que M. Ch. Remy affermit encore quand il affirme, en s'appuyant sur ses observations anatomo-pathologiques, que *tout ulcère variqueux repose sur une veine*

*variqueuse adhérente à la peau*, conception sur laquelle il base une classification des ulcères, en ulcères de la saphène interne, — ulcères de la saphène externe, — ulcères des communicantes.

Nous aurons à peu près complété ce chapitre quand nous aurons relaté la conception de l'*insuffisance congénitale* ou de l'*absence congénitale des valvules des veines*, et quand nous aurons noté l'influence possible de la dilatation de l'oreillette droite et de l'insuffisance tricuspidiennne. Nous ne saurions le terminer plus heureusement que par la phrase classique de BROCA qui, complétée, résume à peu près l'impression générale qui ressort de cette étude : *D'artères à veines, de veines à nerf* et, a-t-on pu ajouter, *de nerfs à peau il y a échange réciproque de mauvais procédés et le tout concourt à faire des jambes atteintes des lieux de moindre résistance* et, suivant l'expression de BESNIER, à y rendre les « *tissus infirmes* ».

### CHAPITRE III

---

#### **Revue des traitements chirurgicaux utilisés contre les ulcères variqueux Aperçu des résultats obtenus**

*Une opération chirurgicale, dit M. Professeur JEANNEL, a d'autant plus de chances d'être curatrice qu'elle s'inspire d'une étiologie assurée, d'une anatomie pathologique certaine, d'une pathogénie bien assise de la lésion qu'elle prétend guérir.*

C'est sans doute parce qu'ils ne satisfont pas à cette conception judicieuse que les procédés chirurgicaux utilisés contre les ulcères variqueux se sont multipliés à l'excès et sont demeurés impuissants dans un grand nombre de cas, comme nous allons le voir au cours de ce chapitre.

La difficulté, que nous n'avons pu résoudre, d'adopter une classification à la fois aussi claire et plus

précise, fait que nous distinguerons simplement avec M. MAUGLAIRE, les **Procédés simples**, les **Procédés combinés** les **Procédés exceptionnels** ».

### **Procédés simples.**

**Curettage** de l'ulcère, qui doit rester le premier traitement chirurgical de tout ulcère variqueux infecté et qui peut suffire, avec quelques pansements antiseptiques, puis aseptiques, et le repos au lit, à améliorer ou guérir les trois quarts des ulcères au début.

**Scarifications** empiétant de deux à trois centimètres sur les tissus sains périphériques, ne dépassant pas le derme en profondeur, elles paraissent avoir donné de bons résultats dans les petits ulcères variqueux à bords calleux, sans doute en facilitant le rapprochement de ces bords.

**Excision de l'ulcère**, suivie de suture des bords de la plaie qui exige souvent un léger débridement.

**Greffes épidermiques** de Reverdin, — **dermo-épidermiques**, d'Ollier-Thiersch, — **greffes cutanées**, en mosaïque. — D'une façon générale, ces greffes se nourrissent mal, se nécrosent fréquemment, fournissent des cicatrices fragiles.

**Greffes autoplastiques** a.) Suivant la méthode française, ou par glissement b.) Suivant la méthode italienne, à pédicule adhérent.

Ces procédés dont le dernier aurait donné de

bons résultats à M. le Professeur BERGER mais est d'application particulièrement délicate, **ne répondent à aucune idée pathogénique** ; ils ne peuvent réussir que dans les cas d'ulcères variqueux simples, sans autres troubles trophiques, ou tout au moins les résultats, heureux ne peuvent se maintenir qu'autant que les conditions favorisantes de l'ulcère ne se reproduisent pas et que les troubles trophiques adjacents restent très limités.

**Injections périveineuses, endoveineuses** (surtout préconisées par l'Ecole de Lyon, avec DELORE), injections *périulcéreuses*, dans le but de favoriser la nutrition des parois des veines ou l'obstruction de leur lumière ou la sclérose des tissus. — Cette méthode ne peut s'adresser qu'aux varices superficielles, aux ulcères peu étendus ; les craintes d'embolie la rendent en général peu tentante.

**Incision circonférentielle**, de DOLBEAU, qui circonscrit entièrement l'ulcère et qui va en profondeur jusqu'à l'aponévrose. — **Incision libératrice en fer à cheval**, de GAY. — Ces procédés modifient la circulation et l'innervation superficielles de l'ulcère et facilitent le rapprochement de ses bords.

VALLIS et Ch. REMY pratiquent deux incisions longitudinales de part et d'autre de l'ulcère, dont ils décolent la face profonde.

Les résultats heureux obtenus avec ces diverses incisions s'expliquent sans doute par ce fait qu'ils se rapportent à des cas d'ulcères siégeant sur des communicantes ou veines perforantes qui ont été inté-

ressées par l'opération et où d'autres troubles trophiques n'entraient pas un jeu dans leur production.

**Procédé de MORESCHI.** — Consiste dans une double incision circulaire sus-aponévrotique des tissus, l'une immédiatement au-dessus de l'ulcère, l'autre sus-malléolaire. L'opération est complétée par la dénudation large de l'aponévrose, par la ligature des veines tibiales postérieures et des veines péronières et par la section du nerf saphène externe. On laisse la cicatrisation se faire par deuxième intention. Le but de ce procédé est de diviser la colonne sanguine superficielle, de supprimer la circulation collatérale, de modifier les communications entre les réseaux veineux superficiel et profond et de modifier l'innervation de la région.

M. MAUCLAIRE nous dit avoir fréquemment utilisé ce procédé. Il reconnaît qu'il n'agit pas assez sur les veines profondes et que, s'il améliore beaucoup d'ulcères, *les récurrences sont aussi fréquentes que les guérisons*. Du reste, l'incision sus-malléolaire est souvent difficile en raison du siège paramalléolaire de l'ulcère. De plus, ce procédé entraîne un certain nombre de conséquences fâcheuses (troubles de la circulation veineuse et lymphatique, phénomènes douloureux, persistants, adhérences des tendons extenseurs au tissu cicatriciel sus-malléolaire), dont l'effet a été d'y faire apporter des modifications variées, que nous allons passer en revue.

MARIANI pratique uniquement l'incision circonférentielle supérieure. De même M. le Professeur

RECLUS qui place cette incision au niveau de la jarretière.

M. MAUCLAIRE préconise l'incision en guirlande ou, avec Brault, l'incision circonférentielle incomplète.

PAUL DELBET effectue l'incision circonférentielle avec échancrures en crêneaux.

FRIEDEL pratique l'incision circonférentielle en spirale et comprend l'ulcère entre deux tours de spire.

WENZEL, de Buenos-Ayres, préfère placer l'incision circonférentielle à l'union des tiers moyen et inférieur de la cuisse et CRÉDÉ, de Dresde, prône ce procédé dans les cas d'ulcères variqueux multiples ou haut placés. Si Wenzel prétend avoir retiré de bons résultats de son procédé, les quelques observations citées dans la thèse de MARIE TESSÈRE (5 juillet 1905) sont loin d'être convaincantes. En effet, sur les sept cas relatés, et provenant des services de M. le Professeur SCHWARTZ et de CRÉDÉ, 3 opérés sortis avant la cicatrisation de leurs ulcères n'ont pas été revus; des quatre autres sortis guéris, le seul qui ait été revu avait récidivé.

**Ligatures et résection des veines.** — Ligature de la veine saphène interne pratiquée dès 1875 par M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE; méthodisée en 1885 par TRENDELENBURG qui, dans les cas d'insuffisance valvulaire cliniquement manifeste de la saphène interne, pratiqua d'abord simplement une ligature sus-condylienne. Mais on s'aperçut que le procédé n'atteignait pas toujours son but parce que le reflux veineux se

rétablissait dans le tronçon inférieur soit par régénération du vaisseau (VIANNAY, LEDERRHOSE), soit par l'intermédiaire d'un réseau anastomotique (PEARCE GOULD), ou de canaux collatéraux (ALGLAVE). — Ces remarques ont amené à pratiquer la ligature en étages, que l'on place à la jarretière, au tiers inférieur de la cuisse, à l'embouchure de la veine saphène interne. Les statistiques réunies d'un certain nombre d'opérateurs accordent à ce procédé *deux tiers de guérisons*. Remarquons d'abord, avec M. MAUCLAIRE, que ces résultats concernent indifféremment les varices avec ou sans ulcère ; remarquons ensuite que l'opération a pour but de lutter contre le reflux veineux superficiel et que les cas d'ulcères guéris par elle sont sans doute uniquement ceux où des varices superficielles étaient la seule cause efficiente de l'ulcère.

*Réséction totale ou partielle* et plus ou moins étendue *de l'une ou des deux saphènes*, souvent complétée par la résection de gros paquets variqueux.

La résection partielle, pratiquée par RIMA dès 1837, lui donnait sur 34 opérations, 21 récidives, 2 morts, 11 guérisons.

La *résection partielle en étages*, prônée par M. le Professeur SCHWARTZ et par TRENDELENBURG, vaut à peu près ce que peut valoir la ligature en étages et les mêmes remarques sont applicables à ces deux opérations.

La *résection subtotal*e donne à M. CH. RÉMY sur 20 cas : 4 récidives, 3 améliorations, 13 guérisons à TRUCHET, sur 30 cas : 7 récidives, 7 états station-

naires, 16 guérisons *récentes* : à DARIO MORI 41 p. 100 de récidives.

La *résection totale* aurait par contre à son actif 88 p. 100 de guérisons d'après MÜLLER, mais ces chiffres se rapportent encore à des cas de varices compliquées ou non d'ulcères. — Il est intéressant de noter que dans 4 cas avec ulcères, VIANNAY signale précisément *la guérison des varices, mais la persistance des ulcères*. — ALGAVE redoute l'insuccès dans les cas d'ulcères étendus, car il conseille alors d'adjoindre le procédé de Moreschi à la résection totale. Le plus souvent, du reste, le procédé ne reste pas simple, mais se combine, au cours de l'intervention, à la résection des lambeaux de peau auxquels adhèrent des paquets variqueux que l'on resèque également, bien entendu.

Citons enfin l'*amputation*, jusqu'à présent considérée comme le seul traitement de ces ulcères qui forment autour du membre « une sorte de bracelet saignant et fongueux », et qui restera l'opération ultime chez les sujets jeunes, non débilités par quelque diathèse ou maladie infectieuse, chez qui l'ulcère aura provoqué des ostéopériostites, une ossification de tous les tissus de la jambe.

### Procédés combinés

Résultent de l'union de deux ou plusieurs procédés simples, auxquels peut s'adjoindre quelque autre procédé original.

M. le Professeur SCHWARTZ joint à la ligature en étages de la saphène, la *résection de grands lambeaux cutanés*, dans le but de constituer aux varices un bas compressif naturel; à l'occasion, il résèque une dilatation ampullaire de la saphène ou les paquets variqueux qui peuvent exister. Cette méthode s'applique exclusivement aux ulcères provoqués et entretenus par des varices superficielles; « dans les cas où les vaisseaux profonds n'ont pas conservé leur intégrité valvulaire, les mauvais résultats obtenus ne justifient pas l'intervention ». — Sur vingt observations de la thèse de CAILLOUÉ qui expose le procédé de M. le Professeur Schwartz, nous en trouvons seulement 4 avec ulcère. Ces ulcères sont peu étendus, peu profonds, récents ou récidivants et, des 4 opérés, l'un n'a pas été revu; un deuxième conserve de la douleur au niveau de la cicatrice de son ulcère un an après l'intervention; la guérison des 2 autres persistait un an après l'intervention.

VINCE, de Bruxelles, combine l'incision circonférencielle de Mariani et la ligature à l'embouchure de la saphène pour éviter le *circulus vitiosus* dans le segment supérieur de la saphène.

ALGLAVE unit la résection saphénienne totale et le procédé de Moreschi.

M. MAUCLAIRE utilise parfois un procédé *ultra combinant* où le procédé de Moreschi s'adjoint à la ligature en étages de la saphène, à la circonvallation et au décollement de l'ulcère.

On peut imaginer ainsi toutes les combinaisons possibles qui pourront valoir mieux que leurs composants parce que leurs effets s'additionneront et se compléteront, mais qui resteront aussi impuissantes que chacun d'eux toutes les fois qu'elles ne répondront pas à la pathogénie de l'ulcère qu'on se propose de guérir.

### Procédés exceptionnels.

M. le Professeur DELBET s'est proposé de suppléer à l'insuffisance de la valvule située à l'embouchure de la saphène interne en transplantant l'orifice de cette veine au-dessous d'une valvule de la veine crurale.

Revalvulation artificielle de la saphène (JANU, de BUCAREST), qui répond à la même préoccupation que le procédé qui précède.

Elongation des nerfs superficiels Hersage du nerf sciatique (DELAGENIÈRE). Dissociation fasciculaire du nerf sciatique (PAUL DELBET, GÉRARD-MARCHAND). Anastomoses et transplantations nerveuses.

Ce dernier procédé mis en œuvre par M. MAUCLAIRE ne lui a pas encore donné, à notre connaissance, de résultats probants. Les cas de dissociation fasciculaire du nerf sciatique, rapportés dans la thèse de SILVY (6 décembre 1900) concernant des ulcères petits, récents ou récidivants ou qui

ont été soumis à un traitement combiné; enfin, il en est qui n'ont pas été revus après l'intervention.

L'enfouissement sous-aponévrotique ou sous-musculaire de la saphène interne (CECCA-VIANNAY) aboutit probablement à l'oblitération de la veine.

La ligature de la veine poplitée ou opération de Parona, donne 91 p. 100 d'échecs ou résultats douteux, d'après M. le Professeur Jeannel.

La ligature des veines afférentes à la crosse de la saphène interne (ROBINSON-KENDIRDJY); la valeur de ce procédé semble équivalente à celle de la ligature sus-condylienne de la veine saphène interne reconnue insuffisante et qui semble cependant devoir empêcher également bien le reflux veineux abdomino-génital.

La ligature de la veine crurale (CHEVRIER), est la plus logique peut-être des opérations qui prétendent empêcher les reflux veineux superficiel et profond.

Nous n'avons pas voulu nous attarder à commenter les résultats de chacun de ces procédés opératoires parce qu'ils nous sont très imparfaitement connus, parce qu'ils résultent de statistiques très imprécises et parce qu'ils sont ou trop rares ou trop récents pour motiver un jugement. — Nous nous contenterons de noter que dans l'ensemble ils ne semblent pas satisfaisants, que la nécessité de combiner les procédés, que l'abondance même de ces procédés sont une preuve de leur insuffisance habituelle. Cette impression s'affermirait si l'on réfléchit que *la plupart de ces procédés*

*ne s'adressent qu'à l'un des éléments du problème qu'il s'agit de résoudre dans bon nombre de cas; certains mêmes ne s'attaquent qu'à l'effet et négligent totalement la cause.*

La majorité des traitements que nous venons de passer en revue ont en effet pour but unique de combattre le reflux veineux ou plutôt, d'une façon plus générale, les varices. Or, les varices interviennent sans doute dans la pathogénie des ulcères, mais elles n'interviennent pas toujours seules, ainsi que le démontre la guérison des varices, indépendamment des ulcères concomitants. — Encore obtiendrait-on sans doute un nombre plus considérable de succès si l'on s'inquiétait davantage de diagnostiquer d'abord, de combattre ensuite méthodiquement soit le reflux veineux superficiel, soit le reflux veineux profond, soit et plus souvent l'un et l'autre. — Malheureusement, il est très difficile de trouver un procédé susceptible de répondre efficacement à l'un de ces deux derniers desiderata et de ménager en même temps d'une façon suffisante la circulation veineuse de retour, — et c'est pourquoi sans doute la majorité des traitements s'adressent de préférence aux varices et au reflux veineux superficiel, ce qui explique évidemment la fréquence des insuccès dans les tentatives usuelles de cure des ulcères ou des varices.

## CHAPITRE IV

---

**Définition des ulcères variqueux rebelles des membres inférieurs. Exposé d'un nouveau traitement chirurgical.**

Malgré la diversité des traitements chirurgicaux mis en jeu contre les ulcères variqueux, il est une catégorie d'ulcères variqueux qui leur resteront rebelles. Ce sont ceux qui relèvent de causes variées qui constituent comme un syndrome clinique dans le cadre duquel rentrent l'ectasie des veines, l'athérome des artères, la stase des lymphatiques, la dégénérescence interstitielle des nerfs, les hyperostoses signalées par M. le Professeur RECLUS, les diverses modifications, en un mot, qui intéressent en fin de compte directement ou par voie de répercussion tous les tissus du membre et dont les ulcères variqueux constituent l'un des aboutissants — à ces ulcères,

nous réserverons le noms d'*ulcères variqueux rebelles*.

Si la cause primordiale du syndrome précité reste imprécise, il est du moins logique de rechercher le traitement susceptible de répondre le mieux aux expressions multiples de ce syndrome, où nous trouvons la genèse de l'ulcère variqueux rebelle. Le nouveau traitement chirurgical préconisé par M. le Docteur DELAGENIÈRE satisfait le plus parfaitement à ce desideratum — nous nous proposons d'en exposer maintenant la technique.

Il nous paraît cependant essentiel de mettre préalablement en relief les idées théoriques et pathogéniques auxquelles ressortit le procédé en question.

Le principe en était en germe dans un article du *Journal de médecine et chirurgie pratique* de M. le Docteur LUCAS-CHAMPIONNIÈRE en date du 10 novembre 1909 (p. 801).

De l'examen des faits qui suivent les opérations chirurgicales sur le squelette de l'homme, M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE tire les déductions suivantes : « Au cours de beaucoup d'opérations faites sur les articulations ou sur divers os du squelette, on est amené à diminuer la longueur du squelette, et la conséquence du raccourcissement de l'os est le rapprochement des extrémités du muscle. Si les muscles du membre opéré sont de constitution normale, leur retour à la fonction normale est très rapide, presque immédiate et en puissance. Si les muscles étaient très altérés, s'ils étaient en état

« d'atrophie plus ou moins complète, le raccourcissement du squelette est une condition favorable pour le rétablissement de leur puissance contractile ». A l'appui de ses déductions, M. Lucas-Championnière aurait certes pu citer de nombreux cas choisis parmi ses opérés. Poursuivant le raisonnement sur ces faits, M. Lucas-Championnière est amené à poser cette loi que « toutes les fois que la suppression d'une partie du squelette laisse un muscle trop long, il se ramasse, s'adapte immédiatement à sa nouvelle situation et se contracte facilement. Si le muscle est altéré ou atrophié, le fait de diminuer l'éloignement de ses attaches rend ses contractions plus faciles, le retour à sa valeur contractile plus rapide. »

M. DELAGENIÈRE fait remarquer à juste titre que la loi énoncée sous cette forme est contredite par tous les cas de greffes tendineuses qui restent inefficaces tant que le tendon n'est greffé *en tension*, car durant le temps où il se raccourcira pour se mettre spontanément en tension, il ne se contractera pas et s'atrophiera. Mais le principe de la loi se trouve confirmé par tous les cas de raccourcissement d'un membre, où tous les muscles sont raccourcis en même temps et récupèrent ensemble leur tonicité et leur contractilité.

Cette régénération rapide des muscles s'explique, pour M. Delagenière, par cette considération que lorsqu'un membre est raccourci dans son ensemble, les modifications ne portent pas seulement sur le

squelette et les muscles, mais aussi et peut-être surtout sur les vaisseaux et les nerfs, et par suite sur la nutrition de tous les tissus du membre, et cette théorie trouve un sérieux appui dans les faits quotidiens de l'expérience chirurgicale. C'est ainsi que l'on voit une légère résection du squelette activer la guérison des fractures compliquées ouvertes, les fractures obliques du tibia avec chevauchement modéré guérir plus facilement que si l'on opère le redressement complet, les ulcères par cal vicieux guérir après résection de ce cal.

On notera la concordance de cette théorie avec celle que nous avons tirée de l'ensemble des considérations pathogéniques qui expliquent la genèse de l'ulcère variqueux rebelle, et l'on ne sera pas surpris que M. Delagénère ait pu concevoir et exécuter un procédé de traitement de l'ulcère variqueux rebelle basé sur elle.

La technique de ce procédé est suffisamment décrite au cours de l'observation du seul cas où il a pu être expérimenté pour que nous nous contentions de relater maintenant cette observation sans y changer un terme; il nous suffira d'en souligner les passages les plus intéressants :

*Observation relative à un cas de raccourcissement du membre inférieur pour ulcère variqueux rebelle. Guérison (1).*

Le nommé V..., Henri, âgé de 35 ans, bourrelier, *entre à l'hôpital du Mans le 19 novembre 1909, pour un ulcère de la jambe gauche.*

Rien à signaler comme antécédents héréditaires. A 17 ans, il se fracture la jambe droite ; mais guérit sans incident. Il est ajourné pour faiblesse de constitution, mais fait ensuite une année de service militaire sans difficulté. Pas de syphilis ; pas de blennorrhagie. En 1898, il fait une otite moyenne et devient à peu près sourd.

*Commémoratifs.* — En 1899, sans raison appréciable, il s'aperçoit de la présence, au tiers inférieur de la face interne de la *jambe gauche*, d'une petite ulcération, qui peu à peu grandit et arrive bientôt à avoir en dimensions cinq centimètres sur trois. D'après le malade, *cette ulcération a précédé toute dilatation veineuse superficielle*. La veine saphène interne devient alors variqueuse. Il entre à ce moment à l'hôpital de Brive (nov. 1906). Il y est réformé pour ses périodes militaires ; et on lui enlève sa saphène. Cette *résection de la saphène* n'amène pas une amélioration très grande de l'ulcère, qui n'est pas complètement cicatrisé lorsqu'il sort de l'hôpital de Brive, en janvier 1909.

Il se remet à voyager et est obligé de s'arrêter à Blois, où il

---

(1) Le malade a été présenté à la société de médecine du Mans le 3 mars 1911.

entre à l'hôpital le 10 mai 1909. Sa plaie suppure beaucoup ; elle est douloureuse et le membre est devenu très œdémateux. Il est *pansé au diachylon* et repart de Blois le 30 octobre, son ulcère suppurant encore.

Il arrive au Mans le mois suivant et entre à l'hôpital le 17 novembre 1909, dans mon service. Le D<sup>r</sup> Canaguier, chargé de la suppléance du service, fait le 23 novembre, une *jarretière* au malade, ce qui amène une certaine amélioration. Il reste alité deux mois ; mais, dès qu'il se lève et commence à marcher, l'ulcère recommence à grandir peu à peu. Il s'étend bientôt en virole, faisant le tour presque complet de la jambe, et s'étendant à 7 centimètres en hauteur.

A ce moment, en raison de petites ulcérations arrondies et qui sont cicatrisées sur la jambe du côté opposé, le malade est soumis au traitement spécifique pendant trois mois. Le traitement n'est suivi d'aucun résultat.

Le 4 avril 1910, après désinfection de l'ulcère et curettage, je fais des *greffes dermo-épidermiques* recouvrant la totalité de la plaie. Ces greffes prennent toutes parfaitement et *la cicatrisation totale de l'ulcère est obtenue en trois semaines*. Malheureusement, dès qu'on permet au malade de se lever, l'œdème réapparaît et les greffes présentent par places des petites érosions. Bientôt ces érosions s'étendent et les greffes semblent se résorber progressivement. Il n'en reste pour ainsi dire plus traces et l'ulcère a repris ses dimensions premières à la fin du mois de mai.

A ce moment la plaie est étendue, elle occupe les deux tiers de la circonférence de la jambe, saigne au moindre attouchement ; on n'y découvre plus de greffes, et la peau se trouve extrêmement tendue sur toute l'étendue de la jambe, elle paraît trop courte et forme un étui trop étroit pour les organes

qu'elle recouvre. Je me dispose alors à réséquer une partie du squelette osseux pour améliorer dans son ensemble la nutrition du membre, en détendant la peau, en favorisant la circulation et en décompressant les troncs nerveux.

*Opération le 3 juin 1910. — Assistent à l'opération les D<sup>rs</sup> Couetoux et Canaguier. Comme lieu d'élection pour la résection osseuse, je choisis le tiers supérieurs du tibia. Je fais en ce point une petite incision de 4 centimètres, dénude l'os, passe dessous une scie à chaîne et le sectionne. Arrêté alors par le péroné, je fais sur cet os une petite incision, je le sectionne avec une pince, puis en résèque environ 2 centimètres. Revenant au tibia, je sors dans la plaie le bout inférieur, le dénude et le coupe à la scie à 2 centimètres 1/2 de la première section. Avec une pince gouge, je résèque alors les deux bords des sections osseuses et place un fil d'argent pour tenir les fragments en contact. Le membre est alors immobilisé dans un appareil plâtré.*

Marche après l'opération. — Les suites sont simples, mais ce qui paraît surtout intéressant c'est la façon dont la cicatrisation de l'ulcère s'est faite.

*Onze jours après l'opération, en faisant le pansement, on trouve que la plaie de l'ulcère est divisée en deux par un pont qui la traverse de part en part et qui ressemble à une des greffes de Thiersh qui avaient disparu. A côté de ce pont épidermique, on devine l'apparition de nouveaux ponts semblables. Quelques jours après on change l'appareil plâtré et on enlève le fil d'argent. Il n'y a aucune consolidation, mais la cicatrisation de la plaie a encore fait de grands progrès, les greffes dermo-épidermiques semblent se reformer et il ne reste plus que quelques îlots insignifiants qui ne sont pas épidermisés. Ces îlots se cicatrisent bientôt eux-mêmes. La*

plaie est *complètement cicatrisée dans les premiers jours de septembre.*

A ce moment, la consolidation de l'os n'est pas encore obtenue. On est obligé de <sup>re</sup>placer un appareil plâtré qu'on laisse un mois encore. Au bout de ce temps, la consolidation est presque terminée et on se contente d'appliquer un appareil silicaté avec lequel le malade commence à marcher. En janvier 1911, l'état est excellent, mais à la fin de la journée, le malade présente de l'œdème du membre; je lui fais appliquer une bande roulée grâce à laquelle il peut marcher et travailler sans difficulté.

*Aujourd'hui, 3 mars 1911, la cicatrice se maintient parfaite; la jambe est solide la marche facile* malgré une très légère claudication. Sur la cicatrice, on voit que les greffes dermo-épidermiques ont repris leur aspect normal et on aurait peine à se figurer leur disparition complète avant le raccourcissement du membre.

Il va sans dire que les précautions antiseptiques usuelles sont de rigueur ici comme avant toute autre intervention chirurgicale. S'il n'en a pas été question au cours de cette observation, il est peut-être superflu de faire observer que cela tient à ce que le malade à qui elle se rapporte n'avait pas quitté l'hôpital depuis plusieurs mois, qu'il y avait été soumis à deux autres interventions chirurgicales, à l'occasion desquelles son ulcère avait été désinfecté et constamment tenu à l'abri de causes ultérieures d'infection. Mais, en règle générale, préalablement à toute opération, l'ulcère doit être soumis pendant plusieurs jours à des pansements antiseptiques et aseptiques,

et curetté s'il est fongueux et suppurant. De plus, quelque distant que puisse être, comme dans le cas présent, le siège de l'intervention, on devra se protéger contre les risques d'infection susceptibles de provenir de la plaie, par un pansement occlusif tel qu'une feuille de taffetas gomme maintenue soigneusement appliquée sur la peau tout autour de l'ulcère par une bandelette de tarlatane collodionnée. Des précautions analogues sont indispensables par la suite jusqu'à guérison de l'une ou l'autre plaie.

Cette observation présente la particularité intéressante de mettre en parallèle les résultats de plusieurs des interventions chirurgicales dirigées contre l'ulcère variqueux.

La résection de la saphène interne, d'abord pratiquée, n'eut que le résultat fâcheux d'amener un œdème notable. Le procédé Mariani Reclus ne détermine qu'une amélioration momentanée. Les greffes dermo-épidermiques amènent bien une cicatrisation rapide, mais qui ne se maintiendrait que par le repos allongé.

Peut-être une opération s'adressant à la fois au reflux veineux superficiel et profond eût-elle eu plus de chances de réussite que les procédés utilisés si elle avait été pratiquée d'emblée, mais il est bien probable qu'elle fût restée impuissante plus tard et même qu'elle eût présenté les mêmes conséquences fâcheuses que la résection de la saphène.

Le raccourcissement du membre a eu l'avantage d'a-

méliorer la circulation générale de ce membre en laissant intactes les voies de retour du sang veineux ; de ce seul fait, la vitalité de tous les tissus du membre a été nécessairement modifiée de la façon la plus heureuse.

Du fait de la diminution de longueur du membre, la peau qui lui constituait un étui trop court et trop étroit s'est trouvée détendue et élargie ; du coup, sa circulation capillaire et sa nutrition se sont améliorées.

Pour la même raison, tous les vaisseaux du membre ont été placés dans de meilleures conditions de nutrition, de résistance, de fonctionnement. Nerfs, muscles et os profitent évidemment de l'amélioration de la circulation sanguine, outre que les muscles gagnent en largeur et épaisseur et par conséquent en force contractile ce qu'ils perdent en longueur.

La démonstration de plus-vitalité de la peau a du reste été faite d'emblée par la réorganisation rapide des ponts épidermiques provenant des greffes d'Ollier Thiersch antérieurement pratiquées et dont la nutrition n'avait pu se maintenir au point qu'elles semblaient complètement détruites.

Notre observation, dans son ensemble, justifie cette réflexion de M. le D<sup>r</sup> Lucas-Championnière que pour toutes les résections, sans exception, le raccourcissement du segment du membre doit être considéré comme une condition favorable au retour du membre à des fonctions utiles.

Nous regrettons n'avoir pu revoir l'opéré qui a fait l'objet de notre observation : c'est un cas fâcheux.

sement commun, mais nous espérons que l'avenir se chargera d'affermir la confiance que nous accordons dès maintenant à un procédé qui repose sur la logique, la science et l'expérience. Il serait cependant audacieux de tirer ouvertement d'une seule observation, si concluante qu'elle paraisse, des déductions fermes, et c'est avec timidité que nous proposerons les conclusions suivantes :

## CONCLUSIONS

---

1° Les *ulcères variqueux rebelles des membres inférieurs* ressortissent à un ensemble de troubles trophiques portant sur tous les tissus du membre.

2° La cure de ces ulcères ne sera efficace qu'à la condition d'être basée sur la considération pathogénique qui précède et d'avoir pour but de modifier la circulation et la nutrition générales du membre.

3° **Le procédé du raccourcissement du membre**, tel que le conçoit M. le Dr. Delagénère, est actuellement le seul traitement répondant à ce desideratum; *il doit être logiquement considéré comme le seul efficace contre l'ulcère variqueux rebelle.*

4° Ce traitement qui nous paraît mériter l'appellation de « *sub radical* » nous semble pouvoir être tenté avec des chances suffisantes de succès dans les cas d'ulcère annulaire du segment inférieur du mem-

bre, et il n'est pas jusqu'à l'éléphantiasis variqueux qui ne nous paraisse susceptible d'en profiter.

5<sup>o</sup> **A Pathogénie si complexe doit toutefois répondre un traitement très éclectique.** — On ne devra pas négliger les traitements para chirurgicaux et médicaux susceptibles — de modifier directement les tissus (*aérothermothérapie, radiumthérapie*), — de modifier les tuniques vasculaires (*hamamelis, iodure de potassium*), — de faciliter l'épidermisation (*greffes*), — de favoriser la résorption des exsudats et surtout d'en prévenir la formation (*hygiène générale et locale, bas en peau lacé, massage*). — Ces procédés resteront d'ailleurs seuls utilisables dans ces cas où le sujet est profondément débilité, « a le système veineux, le cœur et les poumons complètement disloqués » suivant une expression de M. Mauclaire.

Vu : le Président de la thèse,  
PAUL SEGOND

Vu le Doyen,  
L. LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :  
Le vice-Recteur de l'Académie de Paris,  
L. LIARD

## BIBLIOGRAPHIE

---

ALGLAVE. Saphenectomie, *Presse médicale*, 12 juin 1909.

BAUDOIN. Traitement des ulcères variqueux dans les hopitaux de l'Assistance publique, *Semaine médicale*, 23 décembre 1891.

BERGER P. Autoplastie italienne pour ulcères variqueux, *Société de chirurgie*, 11 octobre 1890.

BEURNIER. Les varices, *Bibliothèque Charcot Debove*, 1894.

BRAULT. Traitement des ulcères variqueux, *Société de chirurgie* 1903. — *Gazette des hopitaux*, 4 août 1903

CAILLOUÉ. Contribution à l'étude de la cure sanglante des varices, *Thèse Paris*, 1899.

CASTAN. Saphenectomie totale, *Thèse Lyon*, 1906.

CERNÉ. Résection de la saphène interne, *Société de chirurgie*, 15 octobre 1890.

CHARRADÉ. Traitement des varices, *Thèse Paris*, 1892.

CHEVRIER. Reflux veineux dans les varices superficielles,

*Archives Générales de chirurgie*, janvier 1908. Influence du radium sur l'épidermisation, *Progrès médical*, 2 avril 1900.

CORDEBART. Traitement des varices, *Thèse Paris*, 1893.

COUTON. Traitement des ulcères variqueux, *Thèse Paris*, 1909.

CZERNÉ. Cure radicale des varices contre les ulcères de jambe, *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1891, p. 698.

DELAGENIÈRE. Raccourcissement de la jambe de propos délié contre un ulcère variqueux incurable, *Archives médicales d'Angers*, 20 mars 1911.

DELBET Pierre. Anastomose saphéno-fémorale, *Bulletin de l'Académie de médecine*, 18 décembre 1906. — Rôle de l'insuffisance valvulaire dans les varices, *Leçons de clinique chirurg. de l'Hôtel Dieu Paris*, 1897, p. 213.

DELBET Paul. Contribution à l'étude du traitement des ulcères variqueux, *Presse médicale*, 13 octobre 1900.

DELORE. Congrès de chirurgie, 1894.

DENANS. Saphénectomie totale, *Semaine médicale*, 1901, p. 72.

DURAND. Incision de Moreschi, *Thèse Paris*, 1902.

ERDINGER. Traitement des ulcères par le massage, *Thèse Bordeaux*, 1890.

GUIBÉ. Saphénectomie totale, *Presse médicale*, 1906.

HARDOUIN et LE PIPE. Incision de Moreschi, *Presse médicale*, janvier 1906.

JANU. Valvulations artificielles, *Société de chirurgie Bucarest*, 16 juin 1908.

JEANNEL. Des résultats immédiats et éloignés des opérations sanglantes dans le traitement des varices des membres inférieurs, *Rapport au 23<sup>e</sup> Congrès français de chirurgie Paris*, octobre 1910.

JEANSELME. Del'ulcère de jambe, *Gazette des hôpitaux*, 1888, p. 793.

KENDIRDJY. Ligature des veines afférentes de la crosse de la saphène, *La Clinique*, 25 août 1910.

LEGUEU. Ulcères variqueux et résection veineuse, *Leçons clinique chirurgicale* 1902 p. 106.

LONGIN. Traitement ambulatoire des ulcères uriqueux, *Bourgogne médicale*, 1909.

LUCAS-CHAMPONNIÈRE. I. Chirurgie antiseptique 1876 volume I. — *Journal de médecine et chirurgie pratiques* 1909 page 801.

LYOT. Traité de chirurgie le Dentu et Delbet *art. ulcères*.

MARQUIS G. Les applications chirurgicales de l'aérothermothérapie, *Thèse Paris*, mars 1910.

MAUCLAIRE. Résultats immédiats et éloignés du traitement chirurgical des complications des varices — *Rapport au 23<sup>e</sup> Congrès français de chirurgie*, Paris octobre 1910 — Diagnostic des ulcères variqueux, *Journal de l'association médicale mutuelle*, décembre 1901.

POIRIER ET CHARPY. Traité d'Anatomie, *Tome 2 fascic 3*.

QUÉNU. Pathogénie des ulcères variqueux, *Société chirurgie*, 1888.

RECLUS, Traité de chirurgie, Duplay et Reclus, *Tome 1* — Cliniques de la charité, 1909.

REMY. Traités des varices, Paris, 1901, p. 79.

ROBINSON. Traitement des varices par la ligature des veines afférentes de la crosse de la saphène, *Académie des sciences*, Paris, 23 mai 1910.

SCHWARTZ. Revue de chirurgie, 1898 p. 1087. — Congrès de chirurgie 1898. — Traité de chirurgie LeDentu et Delbet, *art. ulcères*.

SÉBILEAU. Comment viennent les ulcères variqueux, *Gazette médicale, Paris* 1897, p. 61.

SILVY. Traitement de l'ulcère variqueux par la dissociation du nerf sciatique, *Thèse Paris*, 1900.

TESSÈRE, Incision circulaire de cuisse pour ulcères variqueux, *Thèse Paris*, 1905.

TERRIER et ALGLAVE. Saphénectomie, *Revue chirurgie*, 1906.

THÉVENOT, Elongation du sciatique pour ulcères, *Gazette des hôpitaux*, 1902, page 129.

VARTAVIAN, Traitement ambulatoire des ulcères variqueux, *thèse Paris*, 1907.

VIANNAY, Traitement de l'ulcère variqueux, *Revue chirurgie*, 1905. Opération de Ceccia, *Loire médicale*, 1909, page 434.

WICKAM et DEGRAIS. Traitement des ulcères variqueux par la radiothérapie, *Société dermatologie*, 1907.

Nous n'avons pas eu la prétention de donner une bibliographie complète. On trouvera celle-ci très bien faite en particulier dans les *Rapports* de MM. JEANNEL et MAUCLAIRE au vingt-troisième Congrès français de chirurgie. Paris octobre 1910.

---

Paris. — Imprimerie JOUVE ET C<sup>ie</sup>

15, RUE RACINE, 15

---





